**Dichiarazione sostitutiva**

**“Tracciabilità dei flussi finanziari”**

(*ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 ss.mm.ii. e della Legge 13/08/2010, n. 136 ss.mm.ii.)*

Il/La sottoscritto/a………….……………………………………(Cod. Fiscale…………………………..….......………nato/a il…………………………………..a………………………………………………...…………(Prov……………), in qualità di……………………………………della società/ditta…………………………………………….…………… con sede a……………………………………(Prov..……..), in Via/Piazza………………………………………………n……… Codice Fiscale……………………….……… Partita IVA……………...…………….………………… consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall’art. 3 della Legge n. 136/2010, relativi ai pagamenti di lavori, servizi e forniture, effettuati in favore dell’Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata di Roma,

**DICHIARA**

che gli estremi identificativi dei conti correnti “dedicati” ai pagamenti nell’ambito delle commesse pubbliche sono i seguenti:

conto corrente n. ………………………………………………………aperto presso la………………………........ ………………………………………………………Filiale/Agenzia di…………………………………………….. IBAN……………………………………………………………………………………………………………………

 la ditta evidenzia che le persone delegate ad operare su tale conto corrente oltre al sottoscritto, sono:

1. ……………………………………………….(Cod. Fiscale………………………………………………);

2. ……………………………………………….(Cod. Fiscale………………………………………………);

3. ……………………………………………….(Cod. Fiscale………………………………………………);

 • La Ditta si obbliga a comunicare ogni eventuale variazione dei dati di cui alla presente dichiarazione;

• La Ditta si impegna ad assumere tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ex art. 3 L.136/2010 e s.m.i.;

• La Ditta dichiara che la presente dichiarazione è da ritenersi valida per tutte le procedure di affidamento dall’Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata di Roma.

 data………………………….

Timbro Ditta/Il Dichiarante …………………………………………..

(firma per esteso e leggibile)

 (Allegare **copia del documento di identità** del dichiarante)